

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรง และเรื้อรัง ความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5-1 (National Institute of Mental Health [NIMH], 1999; Kaplan & Sadock, 2000) สำหรับประเทศไทย จากรายงานสถิติผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่า มีผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด 100,142 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20,197 คน (กรมสุขภาพจิต, 2549) สอดคล้องกับสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี 2551 พบว่า มีผู้ป่วยนอกจำนวน 122,777 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2549 คิดเป็น ร้อยละ 7.9 และเพิ่มขึ้นจากปี 2550 คิดเป็นร้อยละ 4.3 โรคที่พบว่ามารับบริการมากที่สุดคือโรคจิตเภทจำนวน 63,321 คน คิดเป็นร้อยละ 54.6 ของผู้ป่วยทั้งหมด และมีจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาจำนวน 6,035 คน โรคที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลมากที่สุดคือโรคจิตเภทจำนวน 3,687 คน คิดเป็นร้อยละ 61.5 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2551) แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นปัญหาที่พบได้มาก นอกจากนี้ยังพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ และการกลับเป็นซ้ำเพิ่มขึ้นทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541)

ปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูง ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตเป็นอันดับแรกในการรักษา (Kaplan and Sadock, 1996) แต่ปัญหาที่พบบ่อยในการรักษาคือ การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะเรื่องการรักษาด้วยยา (Sullivan, Well, Morgenstern and Leake, 1995) ลักษณะของพฤติกรรมการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภทที่พบ คือการไม่ทำตามนัดหมาย เช่น ไข้ขาดเวลา มีการหยุดใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ ใช้ยาเพิ่มหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999) ผลกระทบของการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดผลเสียตามมาหลายประการ ได้แก่ 1) ผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรคจิตเภทเดิมกำเริบ ได้แก่ มีความผิดปกติทางด้านความคิด เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ หลงผิดหวาดระแวงคิดว่ามีคนมาปองร้ายตนเอง หลงผิดคิดว่าอวัยวะของตนเองหายไปหรือผิดปกติไป และอาจจะมีพฤติกรรมแสดงออกผิดปกติหรือบิดเบือนไปจากปกติเช่น พฤติกรรมก้าวร้าว คำว่าผู้อื่น หรือมีพฤติกรรมแปลกประหลาดวุ่นวาย อาจมีพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตร (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ โดยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริงหรือสถานการณ์ในขณะนั้น อาจมีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย หรือมากเกินไป (Moller & Murphy, 2001 อ้างถึงใน ทัดทรวง ดานะเศรษฐ์, 2548) มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ จากอาการประสาทหลอนทางหูได้

ชินเสียงพูดคุยกัน หรือพูดข่มขู่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมพูดคนเดียว คิดหมกมุ่นอยู่ในโลกของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ขาดจุดมุ่งหมายในพฤติกรรมนั้นๆ มีบุคลิกภาพบกพร่อง แยกตนเองจากสิ่งแวดล้อม บกพร่องในการดูแลตนเอง การแต่งกายสกปรก และแปลกประหลาด มีปัญหาในเรื่องการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง สูญเสียทักษะทางสังคม (Moller & Murphy, 2001) 2) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าญาติพี่น้องสามิภรรยา ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาเป็นเวลานาน จะต้องอดทนกับสภาพอาการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยทำให้ต้องเสียงานและเสียสุขภาพจิต เกิดภาวะเครียดขึ้นได้ 3) ผลกระทบต่อสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจมีพฤติกรรมหรือการกระทำกิจกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่สร้างสรรค์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) หรืออาจมีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจและถูกตีตราจากบุคคลในสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Moller & Murphy, 2001) ซึ่งการแสดงพฤติกรรมเช่นนี้ในชุมชนทำให้เป็นภาระแก่บุคคลรอบข้าง และอาจสร้างความเคียดแค้นให้กับชุมชน ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมนั้นได้ 4) ผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา และมีอาการของโรคกำเริบ เมื่อกลับมาเริ่มรักษาใหม่ อาการของโรคที่เป็นมีความรุนแรงมากขึ้น ยากต่อการรักษา ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น รวมทั้งใช้เวลาในการรักษานานมากขึ้น ส่งผลกระทบต่อฐานะทางการเงินของครอบครัว สร้างความเคียดแค้นให้กับสมาชิกทุกคนในครอบครัว

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย (เพชร คันธสายบัว, 2544) โดยเฉพาะเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องมาจากผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตที่ส่งผลทางตรงทางร่างกาย (สุพิศศรี รัตนสิน และคณะ, 2537 อ้างถึงในสรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) ซึ่งร่างกายเป็นแหล่งพลังอำนาจทางด้านพลังงานและความเข้มแข็งทางกายภาพ (Miller, 1992) ผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น ได้จากการขาดอัตมโนทัศน์ต่อตนเอง มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง คือคิดว่าหายดีแล้ว จึงหยุดยาเอง (Becker and Janz, 1984) ขาดความรู้ ความเข้าใจ ขาดการสนับสนุนทรัพยากรในการประเมินอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงจากยา ส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ และส่งผลทางอ้อมต่อจิตใจผู้ป่วย (ดารณี จามจรี, 2544) รวมทั้งการรับรู้ความรู้สึก และการแสดงออกของบุคคลรอบข้าง

การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ก่อให้เกิดการป่วยซ้ำด้วยโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียพลังอำนาจเนื่องจากการเจ็บป่วยที่เรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ต้องพึ่งพามบุคคลอื่นทำให้รู้สึกไร้ค่าเกิดปัญหาการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Rose, 1997 อ้างถึงในผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ในทางกลับกันเมื่อผู้ป่วยเรื้อรัง เช่นผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยเพิกเฉยต่ออบทบาท และไม่ปฏิบัติตามแผนการ

รักษาหรือมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูญเสียพลังอำนาจในลักษณะต่างๆ จนเป็นสาเหตุให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ตามแนวคิดของ Miller ดังนี้

สูญเสียความเข้มแข็งทางกายภาพ (Physical strength) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบความผิดปกติของชีวเคมีในสมองทำให้ผู้ป่วยมีความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมที่ผิดปกติ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังส่งผลให้เกิดความเสื่อมลงของร่างกาย มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่าย เมื่อระบบของร่างกายเกิดการเจ็บป่วย พลังอำนาจในการกระทำใดๆก็จะลดลง สภาวะความเข้มแข็งทางกายภาพขณะนั้นจะมีอิทธิพลต่อพลังอำนาจของผู้ป่วยทั้งในขณะที่ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาของการเจ็บป่วย เช่น สภาพการเจ็บป่วยที่แย่ง ต้องกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรังไม่สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มความสามารถและเต็มตามพลังงานสะสมทางด้านร่างกาย (Physical reserve) ก่อให้เกิดพลังอำนาจในการทำภารกิจลดลง (คารณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) พบว่าความเข้มแข็งของร่างกาย และผลที่เกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตได้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวก (Positive self-concept) จากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ต้องเป็นภาระของผู้อื่น ความรู้สึกอับอายจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การถูกตีตราบาป (Stigma) การถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดปฏิกิริยาและความรู้สึกสูญเสียอัตมโนทัศน์เชิงบวกเหล่านี้เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการสูญเสียพลังอำนาจในตนเอง ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (Punttil, 1991: 27) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิตทุกวันเป็นเวลานาน และคิดว่าตนเองหายป่วยแล้ว บางคนรู้สึกอับอายที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิตส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียความเข้มแข็งทางจิตใจและการสนับสนุนทางสังคม (Psychological stamina and social support) ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น กลัวญาติ พี่น้องและสังคมไม่ยอมรับ มีชีวิตอยู่อย่างไร้คุณค่าและศักดิ์ศรี ถูกรังเกียจและกลัวความน่าเกลียดจากการสูญเสียภาพลักษณ์ (Punttil, 1991: 27) กลัวความลับถูกเปิดเผย รู้สึกไม่แน่นอน พยายามปกปิดสังคมเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจึงรู้สึกสูญเสียความหวัง สูญเสียความรัก สูญเสียอาชีพและรายได้ สูญเสียความผูกพันรวมทั้งการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียพลังอำนาจในตนเองก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาในการปฏิบัติหน้าที่ เช่น ทำงานไม่ได้ มีปัญหาในการเข้าสังคม ถูกรังเกียจ ขาดการสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

สูญเสียพลังงาน (Energy) ผู้ป่วยจิตเภทจะสูญเสียความสามารถของระบบร่างกายสำหรับการทำงานตามศักยภาพของพลังงานที่ใช้ในการสะสมของแหล่งพลังงาน เนื่องจากภาวะบกพร่องจากการเจ็บป่วยเรื้อรังตามพยาธิสภาพของโรค รวมทั้งผลกระทบของอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ทำให้เกิดอาการง่วงนอน ลึนแจ่ม มือสั่น ขาสั่น เป็นต้น ต้องเผชิญกับความเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพร่างกาย รวมทั้งการเสื่อมถอยตามวัยและผลกระทบด้านจิตใจในลักษณะต่างๆ ก่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา เช่น การหยุดรับประทานยาเอง เป็นต้น (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) ซึ่งพบว่าผู้ที่ป่วยจิตเภทมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และได้รับผลอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต อาทิ อาการง่วงนอน ลึนแจ่ม มือสั่น ส่งผลให้ความสามารถในการทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง นำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์รักษา

ขาดความรู้และการตระหนักรู้ (Knowledge and Insight) โรคจิตเภทก่อให้เกิดความผิดปกติในด้านของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ส่งผลให้การรับรู้เปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยไม่คาดคิดว่าตนเองจะต้องเกิดการเจ็บป่วย ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและแนวทางในการรักษา ทำให้ไม่ทราบว่าเกิดอะไรขึ้นกับตนเอง ขาดความสามารถในการแสวงหาแหล่งความรู้ ซึ่งการขาดความรู้ อาจเกิดจากการไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับอาการและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ไม่กล้าที่จะซักถามข้อสงสัย ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตัดสินใจในการสร้างทางเลือกหรือนำไปสู่การกระทำที่เหมาะสมในการควบคุมอาการ (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าการขาดการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดการตระหนักรู้ต่อภาวะคุกคาม ต่อการเกิดโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

ขาดแรงจูงใจ (Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทขาดแรงจูงใจในการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง (สรินทร์ เชื้อวโสธร, 2545) เนื่องจากมีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ขาดการเชื่อมโยงเพื่อเกิดการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ในการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมในการรักษา ผู้ป่วยมักถูกมองว่าไร้ความสามารถ ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากบุคคลรอบข้าง รู้สึกไร้ค่าเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ และเบื่อหน่าย ขาดแรงจูงใจในการดำเนินชีวิต ปฏิเสธสิ่งใหม่ๆ ที่จะเข้ามาในชีวิตนำไปสู่การสูญเสียพลังอำนาจ นอกจากนี้สัมพันธภาพที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและพยาบาล เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากทำให้ขาดการจูงใจให้ผู้ป่วยรับผิดชอบและไม่สร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Miller, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า แรงจูงใจและสัมพันธภาพที่ดี

ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา ยินยอมที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความเชื่อที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาถูกต้องตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น

ระบบความเชื่อ (Motivation) ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อว่าโรคที่ตนเป็น โรคซึ่งสังคมรังเกียจ เป็นโรคเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษา ก่อให้เกิดความรู้สึกสิ้นหวัง อับอาย ผู้ป่วยและญาติจะปกปิดการเจ็บป่วย ขาดความมั่นใจในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดการสูญเสียพลังอำนาจ และมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผลทิพย์ ปานแดง (2547) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่หุ้ยได้รับประทานยารักษาอาการทางจิต เนื่องจากเชื่อว่าตนเองหายเป็นปกติแล้ว บางรายแสวงหาแนวทางรักษาอื่น อาทิ การไปรดน้ำมนต์ทำให้เกิดความเชื่อในการแสวงการรักษาที่ผิดในการดูแลสุขภาพนำไปสู่การมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ที่มีการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจะมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่ดีขึ้น สรินทร์ เชี่ยวโสธร (2545) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ และผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ สูงกว่าก่อนได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็น โรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย พบว่าปัญหาการมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อให้ผู้ป่วย รู้สึกโกรธและเบื่อหน่าย ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยา คิดว่าตนเองหายแล้วไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายและไม่อยากรับประทานยา

ดังนั้นผู้ศึกษาซึ่งปฏิบัติงานพยาบาลใน โรงพยาบาลศรีธัญญา แผนกผู้ป่วยในจึงได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยชาย 6 ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยชาย ที่อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัด อายุ 15-59 ปี และหอผู้ป่วยหญิง 2 ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยหญิงที่อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัด อายุ 15-59 ปี ซึ่งลักษณะ

ผู้ป่วยของทั้ง 2 หน่วยงานนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยเรื้อรัง มีประวัติเข้ารับการรักษาย้ำ และอยู่ในระยะอาการทางจิตสงบ รอจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดย 2 หน่วยงานนี้ยังไม่มีมีการนำ โปรแกรมที่เฉพาะเจาะจงไปใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการนำโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มาใช้ในผู้ป่วยกลุ่ม นี้ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง เหมาะสมตามเกณฑ์การรักษาทั้งขณะอยู่โรงพยาบาล และเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปสู่ ชุมชน

อย่างไรก็ตามการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมใน การตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองได้มากขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นๆในทีมจิตเวช คือ พยาบาลจะ ปฏิบัติการพยาบาล เพื่อพัฒนาให้ผู้ใช้บริการมีศักยภาพในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแล ช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ด้วยเหตุผลดังกล่าว การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นแนวทางการพัฒนา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชรวมทั้งศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง โดยอาศัยหลักการสร้างสัมพันธภาพเพื่อ การบำบัด การสร้างความตระหนักรู้ในตนเอง การสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการ เลือกวิธีการดูแลตนเอง เพื่อที่จะสามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไปในทางที่ดี โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการป่วยซ้ำ และมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาที่ไม่เหมาะสม จากข้อมูลเหตุผลข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การให้ความร่วมมือใน การรักษาด้วยยามีความจำเป็นที่จะช่วยให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีอาการทางจิตทุเลา ป้องกัน การกลับเป็นซ้ำ และลดจำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาดีขึ้น เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพให้เป็นที่ดีขึ้นไปในทางที่ดีขึ้น เป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมร่างกาย จิตใจตนเองได้ มีความรู้ในเรื่องการใชยามากยิ่งขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแล ตนเองได้เมื่อกลับสู่ชุมชน ซึ่งจะช่วยลดภาระของญาติ และผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ ตามอัตภาพ ส่งผลให้อัตราการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลลดน้อยลง

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา ก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของ Miller (1992) ซึ่งคาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) นำแนวคิดนี้มาใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเพิ่มพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพ หลังจากนั้น สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ได้นำแนวคิดนี้ มาปรับใช้ในการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า มาประยุกต์จากกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจซึ่งเดิมมี 6 ขั้นตอน เป็น 5 ขั้นตอน การพัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครั้งนี้ เพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันที่ดำเนินการอยู่ และปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกับพิจารณาความเป็นไปได้จริงในการดำเนินการ ไม่กระทบต่อการปฏิบัติงานประจำและประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ ลักษณะเนื้อหาในโปรแกรมจะเกี่ยวกับการจัดการกับภาวะสูญเสียพลังอำนาจ โดยพัฒนาแหล่งพลังอำนาจในตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะกิจกรรมเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้คิดพิจารณาสิ่งที่เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรม การใช้ยา ปัญหาอุปสรรคต่างๆที่ทำให้ไม่สามารถใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการที่จะแก้ไขปัญหาให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ศึกษาสามารถให้การสนับสนุนความรู้ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และฝึกทักษะเพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้จริงเมื่อต้องประสบกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นนี้จึงมีความเหมาะสมในการดำเนินการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา โดยขั้นตอนการเสริมสร้างพลังอำนาจทั้ง 5 ขั้นตอนจะนำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาพฤติกรรมการใช้ยา จากสถานการณ์จริงของผู้ป่วย เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกัน ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี (คาร์ณี จามจรี, 2544) เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยเรียนรู้ถึงการรับผิดชอบ การตัดสินใจและการสร้างแรงจูงใจในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง (Gibson, 1995) ซึ่งแรงจูงใจเป็นหนึ่งในแหล่งพลังอำนาจที่สามารถสร้างเสริมให้เกิดขึ้นได้ (Miller, 2000) ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ปัญหาการเจ็บป่วยและยอมรับว่าการเจ็บป่วยเป็นเรื่องธรรมชาติ ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ก็สามารถควบคุมและมีชีวิตอยู่กับความเจ็บป่วยได้ (คาร์ณี จามจรี และจินตนา ยูนิพันธุ์, 2545) รวมทั้ง

ได้เรียนรู้บทบาทความเท่าเทียมกันระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจในตนเองที่มีอยู่ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

2. การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาค่าการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ เป็นการใช้ทักษะการสะท้อนคิดในการพยาบาลผู้ป่วย โดยเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความสำคัญของปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วย และโอกาสในการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้ถึงบทบาทของตนเองในการจัดการปัญหา วางแผนและกำหนดเป้าหมาย ที่เป็นไปได้ในการปฏิบัติตามแผนการใช้ยาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีกำลังใจและรู้สึกมั่นใจที่จะตัดสินใจในการแก้ไขปัญห โดยไม่มีความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) หากผู้ป่วยเห็นความสำคัญของปัญหาการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและรับรู้ถึงบทบาทหน้าที่ของตนในการแก้ปัญหาแล้วจะช่วยเสริมสร้างแหล่งพลังอำนาจด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวกเสริมสร้างการยอมรับตนเอง ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบความเชื่อและแสวงหาข้อมูล ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

3. การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยา โดยการให้ข้อมูลที่ต้องการเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยา เป็นการสร้างเสริมความรู้ให้กับผู้ป่วย โดยประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนและหลังการให้ความรู้เป็นการประเมินความเข้าใจที่ผู้ป่วยได้รับ และให้ผู้ป่วยบอกถึงความต้องการด้านการสนับสนุนข้อมูล ความรู้ ทักษะ และทรัพยากรที่สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เชี่ยวโสธร, 2545) การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้และทักษะเพียงพอที่ได้พบเห็นตัวอย่างผู้อื่นในทางบวก เป็นคุณลักษณะอย่างหนึ่งของการมีพลังอำนาจ (คารณี จามจูรี และจินตนา ชูนิพันธ์, 2545) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความรู้ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเข้มแข็งทางจิตใจ มองตนเองในด้านบวก รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงของระบบความเชื่อที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาซึ่งเป็นแหล่งพลังอำนาจที่จะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) จึงกล่าวได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจด้านความรู้ ระบบความเชื่อ แรงจูงใจ ความเข้มแข็งทางจิตใจและการมีอัตมโนทัศน์เชิงบวก จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

4. ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยมีทักษะในการใช้ยา สังเกต และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้

สามารถประเมินผลการปฏิบัติตามแผนการ ใช้จ่ายที่ตนเองวางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) เมื่อผู้ป่วยได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากพยาบาลตามขั้นตอนข้างต้น จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ทบทวนเรื่องราวที่เกิดขึ้นกับตนเอง สามารถควบคุมสิ่งที่ไม่สามารถควบคุมได้ รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนความคิดและความเชื่อจากเดิมที่คิดว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ ต้องพึ่งพาผู้อื่น ที่เป็นความคิดด้านลบที่เกิดขึ้นกับตนเอง (Beck, 1967) นำไปสู่การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ไปสู่ความคิดว่าตนเองมีคุณค่า รวมทั้งการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการใช้ยา สังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้ว่าตนเองมีความสามารถและสามารถเลือกวิธีการในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ สามารถที่จะคาดเดาเหตุการณ์ของการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง มีความรู้และทักษะเพียงพอ ก่อให้เกิด พลังอำนาจในด้านความเข้มแข็งทางจิตและพลังในตนเอง เกิดแรงจูงใจ ทำให้สามารถที่จะเผชิญปัญหา และจัดการกับอาการข้างเคียงจากยาได้อย่างเหมาะสม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง

5. สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นขั้นตอนที่พยาบาล ทำการเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาต่างๆได้ มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วย และพยาบาลให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการรักษาด้วยยา ก่อให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง รู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสามารถในการนำพาชีวิตตนเองไปสู่เป้าหมายที่ตนเองต้องการ มีความหวัง และปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อในด้านบวกเกี่ยวกับตนเอง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีระบบความเชื่อที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนความคิดต่อตนเองในทางบวกจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงพลังอำนาจที่มีอยู่ในตนเอง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา (ผลทิพย์ ปานแดง, 2547) ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเข้มแข็งของแหล่งพลังอำนาจในด้านอัตมโนทัศน์เชิงบวก การสนับสนุนทางสังคม และด้านระบบความเชื่อที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงความคิดต่อตนเองไปในทางบวก จะช่วยให้การรับรู้ถึงพลังอำนาจที่ตนเองมีอยู่ ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา

จากแนวคิดเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้ ตั้งสมมุติฐานในการศึกษาครั้งนี้ ไว้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทหลังใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าสูงกว่าก่อนการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดิวก่อน-หลังทำการศึกษา โดยการศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ศึกษาคือ ผู้ป่วยที่ได้รับวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD 10 ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษา
 - ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
 - ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ความจริง และสังคม ปรากฏให้เห็นได้ด้วยพฤติกรรมที่แปลกจากคนทั่วไป เช่น มีความคิดหลงผิด อารมณ์ราบเรียบไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ บางรายมีอาการประสาทหลอน อาทิ เห็นภาพที่ผู้อื่นไม่เห็น หูแว่ว ได้ยินเสียงที่ผู้อื่นไม่ได้ยิน และเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษา และคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร ที่พัฒนามาจากแนวคิดของ Farragher (1999) และ เพชร คันทสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้านคือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่การรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์
2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยใช้แนวทางการเสริมสร้างพลังอำนาจ ประกอบด้วย การให้ข้อมูล ความรู้ สนับสนุนให้เกิดการเสริมสร้างพลังอำนาจและใช้กลวิธีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท โดยการค้นหาแหล่งพลังอำนาจ ประเมินพฤติกรรมภาวะสูญเสียอำนาจ เสริมสร้างแรงจูงใจ สร้างเสริมความมั่นใจ และคงไว้ซึ่งพลังความสามารถในการจัดการกับปัญหาของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของสรินทร เชื้อวโสธร (2545) ที่พัฒนามาจาก คาร์ณี จามจูรี และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2545) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ ความร่วมมือ และค้นหาพฤติกรรมการใช้ยา จากสถานการณ์จริงของผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลโดยการสนทนา แนะนำตัวเอง ให้ข้อมูลเบื้องต้นชี้แจงวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ให้ความร่วมมือ และเป็นการให้ผู้ป่วยได้เล่าสำรวจปัญหาเพื่อประเมินพฤติกรรมการสูญเสียพลังอำนาจของตัวเอง รับรู้ถึงบทบาทของตนเอง ประเมินวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหา
2. การสร้างพลังในการแก้ไขปัญหาการใช้ยารักษาอาการทางจิต โดยการสะท้อนคิดและสร้างความเข้าใจในสถานการณ์ หมายถึง การเสริมสร้างแรงจูงใจ ให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาตนเอง ให้ผู้ป่วยค้นหาปัญหา และแนวทางในการแก้ปัญหาคด้วยตนเอง สนับสนุนให้ความช่วยเหลือ และยอมรับการตัดสินใจของผู้ป่วย
3. การสนับสนุน เอื้ออำนวย ความรู้ทักษะ และเพิ่มแหล่งทรัพยากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การใช้ยา หมายถึง การสนับสนุน โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับแหล่งของอำนาจเกี่ยวกับการใช้ยา ร่วมมือกับผู้ป่วยในการค้นหาความต้องการที่แท้จริง และเอื้ออำนวยให้สามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. ผู้ป่วยเสริมสร้างพลังอำนาจด้วยตนเองเพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การสนับสนุน และเอื้ออำนวยทรัพยากรต่างๆ สร้างแรงจูงใจ ให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมประเมินผลสำเร็จของเป้าหมายที่ได้ดำเนินการตามแผน เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยา
5. สร้างเสริมความมั่นใจและคงไว้ซึ่งพลังที่ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การทบทวนความสามารถในการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับต่อสภาวะการเจ็บป่วย มองเห็นคุณค่าของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยทบทวนสิ่งที่เกิดขึ้น สิ่งที่ได้ทำงานร่วมกับพยาบาล เพื่อปรับเปลี่ยนความคิด

ทัศนคติ เป็นแรงสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยนำความรู้ความสามารถที่มีอยู่ไปใช้ในการจัดการกับสภาพปัญหาด้วยความมั่นใจ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางและพัฒนารูปแบบการบำบัด การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น และเป็นแนวทางในการศึกษาด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท